FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice JACQUES
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye
Décoré de la Croix de guerre

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES NÉVRALGIES RÉFLEXES DANS LES AFFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Président : M. J.-L. FAURE, *professeur*

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS
27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27
PARIS 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
DES NÉVRALGIES RÉFLEXES
DANS LES AFFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

INTRODUCTION

La question des névralgies réflexes dans les affections génitales de la femme a suscité, de 1840 à 1885, de très nombreux travaux. Valleix, le premier, en 1841, dans son *Traité des névralgies* parle de la névralgie lombo-abdominale ; puis viennent les travaux de Chomel, Malgaigne, et surtout d'Axenfeld, Beau, Harcourt ; les thèses de J.-A. Fort, Mauduit, Lavreux, celles plus récentes de Le Bailly (Paris, 1881) et de Boulinguez (Lille, 1883). Très peu d'auteurs signalent la névralgie sciatique réflexe comme symptomatique d'affections utéro-annexielles ; aucun n'indique le rapport qui peut exister entre la topographie des douleurs et l'organe intéressé.

Depuis une trentaine d'années, l'étude des névralgies d'origine génitale paraît être tombée dans un injuste oubli, et nous n'avons relevé dans la littérature médicale contemporaine qu'un très petit nombre d'articles s'y rapportant. Notre but est d'essayer de démontrer l'intérêt que peut avoir la recherche sys-

tématique des douleurs spontanées et provoquées pour le diagnostic, d'une part des affections utéro-annexielles entre elles, d'autre part de ces affections avec les autres affections abdominales douloureuses.

Laissant de côté les *névralgies directes*, résultant de compression ou d'irritation inflammatoire sur le trajet d'un nerf, nous n'envisageons dans ce travail que les *névralgies indirectes ou réflexes*.

Les organes génitaux internes, innervés par le Grand Sympathique, nerf quasi-insensible, ne sauraient exprimer par eux-mêmes leur souffrance de manière suffisante ; ils l'expriment à distance, grâce aux connexions du sympathique avec les nerfs rachidiens. Les *trois éléments constitutifs du réflexe se trouvent ici réunis :* 1° *un nerf centripète*,, le *grand sympathique*, servant de conducteur aux impressions douloureuses ; 2° *un centre nerveux*, *la moelle épinière*, qui reçoit ces impressions par l'intermédiaire des rameaux communiquants ; 3° *des nerfs centrifuges*, *les nerfs du plexus lombaire et du plexus sacré*, dans le domaine desquels se manifeste finalement la douleur.

Au début de ce travail, nous avons l'agréable devoir de remercier le Dr Lévêque, médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, qui a inspiré notre thèse et nous a aidé des précieux conseils de sa longue expérience.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

La question de l'innervation de l'utérus et des annexes n'est pas encore entièrement élucidée ; cependant elle est assez bien établie, dans ses grandes lignes, pour que nous puissions en tirer des déductions intéressantes au sujet du point spécial qui nous occupe : le retentissement à distance de la douleur dans les affections utéro-annexielles.

C'est le *grand sympathique* qui joue le rôle principal dans l'innervation des organes génitaux internes de la femme ; la sensibilité propre de ces organes est, pour cette raison, obtuse et peu marquée. Mais, grâce aux nombreuses anastomoses existant entre le système sympathique et les *centres médullaires*, les altérations de l'utérus et des annexes se manifestent *à distance*, dans le domaine des nerfs rachidiens. La base anatomique de notre travail consistera, d'une part, à résumer brièvement le mode d'innervation de l'utérus et des annexes ; d'autre part, à indiquer les rapports qui existent entre ces nerfs et la moelle épinière.

1° Innervation de l'utérus et des annexes

a) *Ovaires, trompes et corps de l'utérus.* — Ces organes sont tributaires du sympathique thoraco-

abdominal (portion lombaire), par l'intermédiaire de deux plexus.

Le *plexus ovarien* qui, émané des ganglions mésentériques et aortico-rénaux, s'accole à l'artère utéro-ovarienne et se distribue à l'ovaire, à la trompe de Fallope, et à la partie supérieure du corps de la matrice.

Le *plexus hypogastrique supérieur* qui, cheminant le long des artères iliaques primitives, s'anastomose avec le plexus hypogastrique proprement dit et se distribue au corps de l'utérus.

b) *Col de l'utérus et vagin.* — Tous les nerfs qui leur sont destinés émanent des plexus hypogastriques latéraux, constitués essentiellement par les rameaux antérieurs du sympathique pelvien, et accessoirement par des filets venus du plexus hypogastrique supérieur et de la terminaison du sympathique lombaire.

Les *plexus hypogastrique latéraux*, au nombre de deux, se présentent sous la forme d'un amas pelotonné de cordons nerveux richement anastomosés, et descendent, sous le péritoine, de part et d'autre du rectum, jusqu'à la base des ligaments larges. Ils donnent, chemin faisant, de nombreux plexus secondaires destinés à tous les organes pelviens, et, entre autres, le *plexus utéro-vaginal*. Celui-ci fournit quelques filets ascendants pour le corps de l'utérus, et surtout des rameaux pour le col, la région du cul-de-sac de Douglas et la partie supérieure du vagin. Le centre de ces nombreux rameaux est cons-

titué par le *ganglion cervical* de Frankenhauser.

Contrairement à l'opinion ancienne (J.-A. Fort), les portions des organes génitaux internes les plus richement innervées sont le col de l'utérus et les ovaires (Vallet, Th. Paris, 1900).

2° Connexions entre les nerfs de l'utérus et des annexes et la moelle épinière

Les filets viscéraux du grand sympathique ont de nombreuses connexions, par les rameaux communiquants, avec les fibres nerveuses des racines postérieres de la moelle : ces fibres nerveuses « portent les irritations douloureuses dans le segment médullaire correspondant, d'où elles s'irradient dans les nerfs périphériques tributaires de ce segment ».

a) *Connexions médullaires du sympathique thoraco-abdominal* (*portion lombaire*). — La chaîne lombaire du sympathique entre en rapport avec les nerfs du *plexus lombaire*, par l'intermédiaire des rameaux communiquants. Ces rameaux, doubles ou triples, naissent des paires lombaires en général dès leur sortie du trou de conjugaison et passent sous les arcades du psoas en compagnie des vaisseaux lombaires.

L'influx nerveux, ayant son point de départ dans le domaine du sympathique lombaire, se réfléchit donc, par l'intermédiaire de la moelle, dans les nerfs émanés du plexus lombaire. Les *principales* branches de ce plexus sont :

Quatre collatérales : les deux nerfs abdomino-génitaux, le génito-crural et le fémoro-cutané.

Deux terminales : le crural et l'obturateur.

b) *Connexions médullaires du sympathique pelvien.* — Les rameaux communiquants sont, à ce niveau, assez courts et souvent doubles ; émanés des paires du *plexus sacré*, ils se rendent aux ganglions pelviens du sympathique.

C'est donc dans les branches du plexus sacré que se réfléchit le réflexe nerveux parti du domaine du sympathique pelvien ; les *principales branches* de ce plexus sont le nerf hémorroïdal, le nerf honteux interne et surtout le grand nerf sciatique.

3° Conclusions

De ce que nous venons d'exposer, il s'ensuit qu'au point de vue de la topographie des irradiations douloureuses consécutives à leurs altérations, on peut diviser les organes génitaux internes de la femme en *deux zones* :

a) *L'ovaire, la trompe et le corps de l'utérus* sont innervés par le sympathique thoraco-abdominal dont les connexions avec le plexus lombaire sont étroites. Par suite, et étant donnée la quasi-insensibilité du sympathique, les altérations de ces organes se traduiront par des névralgies dans le domaine périphérique du plexus lombaire, domaine comprenant la région des lombes, des flancs et des hypogastres,

et la région antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou.

b) *Le col de l'utérus, le cul-de-sac de Douglas et la partie postéro-supérieure du vagin* forment la deuxième zone ; émanés du sympathique pelvien, leurs nerfs ont de nombreuses anastomoses avec le plexus sacré, dont le domaine comprend : la région péri-anale et toute la face postérieure du membre inférieur.

Divers anatomistes, Head, Thorburn, Mackensie, Mertens, étudiant les paires nerveuses suivant lesquelles se font les irradiations douloureuses pariétales dans les lésions viscérales, étaient arrivés aux conclusions suivantes :

Le corps de l'utérus correspond à D^{10}, D^{11}, D^{12} et L^{1} ; l'ovaire à D^{10} ; la trompe à D^{11}, D^{12} et L^{1}. Le col de l'utérus, au contraire, correspond à S^{2}, S^{3} et S^{4}. Ces conclusions sont en somme très analogues à celles que nous avons exposées.

ETUDE CLINIQUE

Parmi les symptômes fonctionnels que l'on rencontre habituellement dans les affections génitales de la femme, la douleur joue sans doute un rôle prépondérant : c'est elle qui la première attire l'attention de la malade et la décide à consulter ; c'est elle aussi qui, par ses caractères, par sa localisation, par son évolution, donne au médecin averti les plus précieuses indications touchant le diagnostic. Mais, il importe de ne pas se contenter de rechercher par l'interrogatoire les *douleurs spontanément éprouvées* par les malades, car il s'agit là d'un phénomène subjectif, ressenti différemment par chaque individu ; il faut aussi, par une palpation minutieuse, chercher à *provoquer la douleur en certains points précis*, correspondants aux nerfs qui entrent en connexion avec les diverses parties des organes génitaux.

I. — Douleurs spontanées

Les douleurs spontanées sont essentiellement variables suivant les malades : tandis que certaines nerveuses s'étendent complaisamment sur les douleurs plus ou moins imaginaires qu'elles ressentent, d'autres malades n'éprouvent que des sensations

obtuses et mal localisées. Cependant, il n'est pas impossible de dégager un certain nombre de caractères à peu près constants qui donnent aux névralgies génitales leur individualité.

Une observation attentive permet de reconnaître que ces névralgies sont le plus souvent *constituées par deux éléments* : une douleur continue et une douleur intermittente. Les *douleurs continues* sont sourdes, contusives, et se traduisent par des sensations de picotements, d'engourdissements, dans une région déterminée. Les *douleurs intermittentes* se présentent sous la forme de crises paroxystiques extrêmement pénibles. Ces accès se renouvèlent tantôt à intervalles irréguliers, tantôt régulièrement, par exemple chaque jour à la même heure. Fréquemment la crise à son point de départ au niveau d'un des points douloureux qu'une pression méthodique nous fera découvrir. Puis, les douleurs atteignent une haute intensité ; les malades se servent, pour les caractériser, de comparaisons diverses : elle les assimilent à une brûlure, à un élancement, à une déchirure ou à des morsures profondes. L'accès est habituellement court.

Les névralgies génitales sont *influencées*, comme toutes les névralgies, par le froid humide, la chaleur, les mouvements, la fatigue. Parfois un examen prolongé déclanche un accès paroxystique. Mais il faut noter ici deux influences particulières : l'influence des rapports génitaux et celle des époques menstruelles.

Pour ce qui est de la *localisation* des douleurs spontanées, c'est par un interrogatoire minutieux qu'on parviendra à la faire préciser. Trois cas peuvent se présenter :

1° Tantôt on se trouve en présence d'une *névralgie lombo-abdominale* typique : la malade indique la région lombaire comme point de départ de la douleur, qui descend de là, au-dessus de la crête des îles, vers la partie inférieure de l'abdomen, jusqu'à la ligne médiane. Très souvent, suivant l'aîne, elle se prolonge au niveau de la grande lèvre, ou bien le long de la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou. La névralgie peut être bilatérale, mais elle a le plus souvent son maximum à gauche.

2° Tantôt il s'agit d'une *névralgie sacrée* : si l'on fait indiquer du doigt à la malade le siège de sa douleur, elle montre la partie postérieure de sa cuisse, ou son mollet. Parfois, elle se plaindra presque exclusivement de la région anale : plusieurs des malades que nous avons vues répétaient à chaque instant cette exclamation : « oh ! mon fondement ! » Dans tous ces cas, c'est évidemment le plexus sacré qui est en cause.

3° Enfin, assez souvent, il s'agit d'une *névralgie mixte* : la malade accuse des douleurs aussi bien dans la région lombaire et à l'hypogastre, que dans les fesses et dans la partie postérieure du membre inférieur. Les deux plexus, lombaire et sacré, sont alors intéressés.

Il est bon de signaler qu'il n'y a *aucun rapport*

entre l'intensité de la douleur d'une part, et l'étendue ou la gravité des lésions, de l'autre (Siredey et J.-L. Faure) ; cette intensité dépend de la nature de l'affection et surtout de la susceptibilité de chaque malade.

II. — Douleurs déterminées par la pression

Chez la plupart des malades, soit qu'elles s'observent mal, soit, au contraire, qu'elles s'observent trop et que, par suite, les éléments essentiels soient noyés sous un flot de détails oiseux, il est nécessaire de compléter ou de préciser, par une palpation méthodique, les renseignements fournis par l'interrogatoire. Cette palpation aura pour but de provoquer la douleur en *certains points circonscrits*. Il y a, en effet, sur le trajet des nerfs affectés un certain nombre de points plus sensibles où l'on peut réveiller la douleur latente : ce sont les points d'émergence du tronc nerveux et les endroits où le nerf devient superficiel ; ce sont aussi les points où le nerf est en contact intime avec le squelette et peut donc facilement être comprimé entre le doigt et le plan osseux. Tous ces points sont fixes pour un nerf déterminé.

Nous étudierons successivement les points douloureux dans la névralgie lombo abdominale et dans la névralgie sacrée.

1° *Névralgie lombo-abdominale*

Cette névralgie, placée sous la dépendance du plexus lombaire, se manifeste par des douleurs à la pression au niveau de la région lombaire elle-même, et au niveau des principales branches collatérales et terminales du plexus.

a) *Région lombaire.* — Toute la zone comprise entre les dernières côtes et l'os iliaque, de part et d'autre des vertèbres lombaires, est douloureuse, mais la douleur prédomine habituellement en trois points :

— *Deux points lombaires supérieurs*, situés un peu en dehors des première et deuxième vertèbres lombaires ;

— *Un point lombaire inférieur*, situé à l'endroit où la masse sacro-lombaire prend ses insertions sur l'os iliaque.

Ces trois points correspondent à l'émergence des branches postérieures du plexus lombaire.

b) *Nerfs abdomino-génitaux.* — Le nerf grand abdomino-génital est presque constamment intéressé dans la névralgie lombo-abdominale. Son atteinte se manifeste, tout au long de son trajet, par les points douloureux suivants :

— *Point mi-iliaque*, situé au milieu et un peu au-dessus de la crête iliaque, au niveau de la bifurcation du nerf en branche génitale et branche abdominale ; la douleur déterminée par la pression s'irradie

fréquemment, en suivant cette dernière branche, jusqu'au voisinage de l'ombilic (Dr Levêque).

— *Point anté-iliaque*, situé à un centimètre environ de l'épine iliaque antéro-supérieure; c'est à ce niveau que la branche génitale traverse le petit oblique.

— *Point inguinal*, correspondant à l'orifice inguinal externe, à l'endroit où le nerf se divise en ses branches terminales. La douleur peut s'irradier de là soit, avec les filets pubiens, vers la région hypogastrique (*point sus-pubien*), soit, avec les filets génitaux, vers la grande lèvre (*point vulvaire*).

Le petit abdomino-génital a un trajet sensiblement parallèle au précédent ; il intervient, ainsi que le génito-crural, dans la localisation de la douleur au niveau des points inguinaux et vulvaires.

c) *Nerf fémoro-cutané*. — Moins souvent affecté que le précédent, son atteinte se traduit par des douleurs à la face externe de la cuisse, douleurs ayant leur maximum entre les deux épines iliaques antérieures (*point interspinal*).

d) *Nerf crural*. — Dans les cas très fréquents où ce nerf est intéressé, la douleur sera perçue au *point crural*, situé au milieu de l'arcade de Fallope : à cet endroit, le nerf est très voisin du plan osseux et va s'épanouir en ses branches terminales. Le point crural est facile à trouver : après avoir repéré, grâce à ses battements, l'artère fémorale, on exerce avec le doigt une pression brusque immédiatement en dehors et l'on détermine ainsi une vive douleur qui s'irradie à la face antérieure de la cuisse, jusqu'au genou.

e) Nerf obturateur. — La névralgie obturatrice est rare ; elle se traduit par des douleurs assez vagues à la face interne de la cuisse et par un certain degré d'impotence des adducteurs.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve tous ces points réunis au complet, mais on en trouve suffisamment pour pouvoir affirmer le diagnostic. Les *points les plus fréquents* sont : les *points lombaires*, les *points mi-iliaque*, *anté-iliaque*, et *vulvaire*, et le *point crural*. De plus, la pression détermine habituellement une vive douleur soit au niveau du corps de l'utérus, un peu au-dessus du pubis, sur la ligne médiane (*point utérin*), soit au niveau des ovaires, à la partie médiane d'une ligne réunissant à l'ombilic le milieu de l'arcade crurale (*point ovarien*).

2° *Névralgie sacrée*

La névralgie sacrée peut se traduire par des douleurs dans le domaine des deux plexus secondaires du plexus sacré : le plexus sciatique et le plexus honteux.

a) Plexus sciatique. — Les points douloureux de la sciatique sont trop connus pour que nous insistions ici sur leur localisation. Nous nous bornerons à signaler ceux que l'on trouve le plus souvent dans la névralgie sciatique d'origine génitale. Cette névralgie siège presque toujours à la région postérieure de la fesse et de la cuisse, plus rarement au mollet. Les points douloureux les plus fréquents sont :

Le *point fessier*, qui répond à l'extrémité supérieure de l'échancrure sciatique (point d'émergence du grand nerf sciatique).

Le *point trochantérien*, placé dans la gouttière inter-ischio-trochantérienne.

Le *point péronéo-tibial*, situé sur le col du péroné, à l'endroit où cet os est contourné par le sciatique poplité externe.

Le *signe de Lasègue* est le plus souvent positif.

b) *Plexus honteux.* — Son atteinte se manifeste habituellement par des douleurs caractéristiques dans la région anale, douleurs ressenties spontanément par les malades. C'est aussi par l'irritation des branches de ce plexus, nerf hémorroïdal et nerf honteux interne, que s'expliquent certains points douloureux signalés par Halez, Verneuil, Boulinguez. Ces points, perceptibles au toucher vaginal, sont au nombre de quatre :

Point pubien postérieur, sur la face postérieure du pubis, de part et d'autre de la ligne médiane ;

Point coccygien, déterminé par la pression sur la face antérieure du coccyx.

Points pelviens latéraux, correspondants aux ischions.

III. — Valeur séméiologique

En présence d'une malade atteinte d'affection génitale, après une étude minutieuse des caractères et des localisations des douleurs spontanées et pro-

voquées, nous pouvons grouper les symptômes constatés dans l'un ou l'autre des *trois syndromes suivants*: *Névralgie lombo-abdominale* ; *Névralgie sacrée* ; *Névralgie mixte*. Il nous reste à exposer à quelles affections utéro-annexielles correspond chacun de ces syndromes.

1° *Névralgie lombo-abdominale*

Rare chez l'homme, la névralgie lombo-abdominale est d'une grande fréquence chez la femme, et, d'après J.-A. Fort, Boulinguez, Savreux, elle répond quatre-vingt-quinze fois sur cent à une affection génitale.

Dans l'immense majorité des cas, cette névralgie répond, en raison des connexions nerveuses, à une altération des ovaires, des trompes ou du corps de l'utérus. Toutes les inflammations aiguës ou chroniques de ces organes s'accompagnent de douleurs irradiées dans le domaine du plexus lombaire.

Parmi les *affections aiguës*, les douleurs lombo-abdominales se rencontrent surtout dans les salpingo-ovarites et les métrites aiguës, puerpérales ou gonococciques. Comme nous le montrerons par plusieurs observations, la recherche systématique des points douloureux peut empêcher de confondre ces maladies avec d'autres affections abdominales aiguës, telles que péritonite, appendicite, etc... avec lesquelles le diagnostic est parfois difficile.

Dans les *affections chroniques*, la connaissance

des rapports qui unissent ces névralgies aux altérations de l'utérus et des annexes est peut-être plus intéressante encore ; si on les ignore, les douleurs s'éternisent, faute d'un traitement causal approprié, car souvent, rien n'attire l'attention du côté des organes génitaux. Il en est ainsi dans les cas où il s'agit d'un noyau de salpingite peu important, d'un ovaire scléreux à petits kystes, d'une métrite scléreuse, d'un petit polype intra-utérin, etc... Ces affections, en apparence minimes, peuvent s'accompagner de douleurs tenaces et très vives ; le rapport qui les unit aux névralgies est démontré : 1° par le fait que les douleurs s'exaspèrent au moment des règles ; 2° par leur persistance désespérante malgré l'emploi de tous les traitements symptomatiques ; 3° par leur disparition, au contraire, à la suite du traitement causal.

Les douleurs lombo-abdominales se rencontrent également dans le cancer du corps de l'utérus (douleurs précoces, crises paroxystiques régulières et très vives) et dans la plupart des fibromes.

En résumé, la connaissance de la névralgie lombo-abdominale a une valeur de premier ordre au point de vue du diagnostic des affections abdominales, et permet, d'autre part de rapporter à leur véritable cause certaines douleurs persistantes, et très pénibles pour les malades, auxquelles elles interdisent toute vie active.

2° *Névralgie sacrée*

Les causes de la sciatique sont nombreuses et diverses. Chez la femme, chaque fois que cette cause n'est pas évidente, il faut examiner les organes génitaux, afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas de douleurs réflexes ayant leur point de départ dans une altération légère de ces organes.

L'examen devra porter principalement sur certaines parties des voies génitales, plus particulièrement en rapport par leurs connexions nerveuses avec le plexus sacré. Ces régions sont le col utérin, la partie postéro-supérieure du vagin, et le cul-de-sac de Douglas.

Certaines *métrites du col utérin* s'accompagnent avec prédilection de névralgie sciatique : chez des malades soignées pendant de longs mois pour des sciatiques rebelles, il arrive souvent qu'un examen au spéculum révèle la présence de lésions cervicales passées jusque-là inaperçues, lésions telles que allongement hypertrophique, œufs de Naboth, et surtout *ectropion* de la muqueuse. Nous avons relevé, dans le cahier d'observations du Dr Lévêque, une trentaine de cas de métrites avec ectropion, dont la plupart s'accompagnaient de névralgie sciatique. Un traitement approprié, qui consistait le plus souvent dans l'amputation du col par le procédé de Schrœder, a fait disparaître les douleurs chaque fois du moins qu'elles n'étaient pas trop invétérées ; dans

tous les cas, l'amélioration fut suffisante pour permettre aux malades de vaquer à leur occupations habituelles, ce qui leur était impossible avant l'intervention.

Les tumeurs siégeant dans le *cul-de-sac de Douglas* entraînent souvent, elles aussi, des névralgies dans le domaine du plexus sacré : ainsi en est-il pour les ovaires enflammées et prolabées dans le Douglas, pour les rétroflexions utérines ; ainsi en est-il surtout pour les *hématocèles rétro-utérines*. On peut trouver dans ces cas les signes habituels de la sciatique, mais les douleurs s'irradient surtout dans le domaine du plexus honteux. Dans les cas de rupture de grossesse tubaire, il est presque constant d'entendre les malades se plaindre spontanément de vives douleurs dans la région anale. On sait combien il est difficile parfois, quand manquent les phénomènes cataclysmiques du début, de distinguer d'une salpingo-ovarite une hématocèle enkystée ; la présence de la douleur anale peut aider puissamment au diagnostic. Dans un cas récent, dont nous relatons l'observation, en présence d'un tableau clinique assez imprécis, la douleur anale, très caractérisée, a contribué à faire poser le diagnostic d'hématocèle, diagnostic bientôt confirmé par l'intervention. Habituellement la douleur est sourde, continue, avec crises paroxystiques ; une pression légère sur la tumeur rétro-utérine, pratiquée par le toucher vaginal, détermine dans la région anale des élancements aigus qui arrachent des cris à la malade.

En résumé, les affections chroniques du col, et surtout la métrite avec ectropion, déterminent souvent des névralgies sciatiques rebelles ; l'hématocèle rétro-utérine entraîne très fréquemment des douleurs dans la région péri-anale.

3° *Névralgie mixte*

Parfois, on se trouve en présence d'un *double syndrome* : syndrome de névralgie lombo-abdominale et syndrome de névralgie sciatique. Il s'agit dans ces cas d'une *affection complexe* des organes génitaux, intéressant les deux sphères correspondant respectivement au plexus lombaire et au plexus sacré ; il s'agit, par exemple, d'une métrite qui intéresse à la fois le corps et le col de la matrice ou d'une métrite du col s'accompagnant d'annexite.

Habituellement les douleurs prédominent soit dans le domaine du plexus lombaire, soit dans celui du plexus sacré ; et ce fait n'est pas sans importance au point de vue du *traitement* : il sera logique en effet de diriger les efforts de la thérapeutique d'abord du côté des organes que l'intensité de la douleur montre comme principalement atteints.

IV. — Evolution des névralgies

Il faut distinguer, au point de vue de leur durée et de leur évolution, les névralgies d'origine génitale non traitées ou mal traitées, c'est-à-dire celles auxquelles il n'est pas appliqué de traitement causal ; et

les névralgies auxquelles on a fait subir un traitement médical ou chirurgical approprié.

Les premières, *les névralgies non traitées* sont remarquables par leur ténacité, par leur longue durée, par leur résistance à tout traitement symptomatique. Les malheureuses femmes qui en sont atteintes, épuisées par des souffrances continuelles, sont incapables de toute occupation active. Ce sont des infirmes, que l'on prend trop souvent pour des malades imaginaires. Pour peu que le terrain y prédispose, des névroses plus ou moins graves font bientôt leur apparition : ce sont les diverses variétés de la neurasthénie, particulièrement la mélancolie ou une asthénie intense, parfois même de véritables vésanies.

Les névralgies dont la cause est reconnue et traitée d'une manière appropriée ont une évolution beaucoup moins sombre, mais variable suivant les cas. Tout dépend de l'ancienneté des névralgies : si elles sont récentes, la douleur disparaît le plus souvent d'une manière immédiate et définitive ; si, au contraire, elle remonte à une époque éloignée, la névralgie survit souvent à la cause qui lui a donné naissance : il y a probablement alors une *altération définitive de la moelle*, altération due à une irritation prolongée, ayant son point de départ dans l'appareil génital. D'autre part, s'il n'y a pas d'altération définitive de la moelle, les *nerfs* longtemps irrités par la névralgie présentent certaines lésions anatomiques ; or, d'après Sicard, la régénération nerveuse demande un laps de temps d'environ deux ans ; les

douleurs pourront donc subsister en s'atténuant, pendant deux ans après la suppression de la cause : c'est ce qui a été constaté, dans un cas, par le Dr Lévêque.

Quoi qu'il en soit, même dans les cas où elles ne disparaissent pas totalement, les douleurs subissent toujours une *atténuation marquée* à la suite de l'application du traitement causal.

V. — Signes associés

Dans un assez grand nombre de cas, les plus intéressants, les névralgies, lombo-abdominale ou sacrée constituent à elles seules tout le tableau clinique : aucun des signes fonctionnels habituels dans les affections génitales de la femme, ni leucorrhée ni métrorragie ni irrégularités des menstruations, rien n'attire l'attention sur l'utérus ni sur les annexes, et il faut un examen minutieux pour découvrir la véritable cause des névralgies. L'association à la névralgie principale d'*autres névralgies*, de sièges divers, contribue à compliquer le problème : Boulinguez a insisté, dans sa thèse, sur la fréquence relative de la névralgie intercostale, associée aux douleurs lombo-abdominales ; d'autres auteurs ont signalé la coexistence de névralgie faciale.

Cependant, on note le plus souvent la présence de divers symptômes fonctionnels, qui peuvent aider au diagnostic de la cause des névralgies. Parmi eux, la *leucorrhée* est au premier rang. Certains auteurs, Le

Bailly et Boulinguez entre autres, ont soutenu que la leucorrhée avait parfois une origine nerveuse et était sous la dépendance directe de la névralgie. De même en effet que la névralgie faciale entraîne une hypersécrétion lacrymale, salivaire et nasale ; de même que l'asthme occasionne une hypersécrétion bronchique, de même aussi la névralgie lombo-abdominale exciterait la sécrétion des glandes utérines et cervicales. Les pertes blanches placées sous la dépendance des névralgies auraient des caractères spéciaux : elles suivraient une marche parallèle aux douleurs, et se produiraient de temps à autre comme de véritables « règles blanches », sous forme de pertes séreuses abondantes inondant la malade.

A côté de la leucorrhée, il importe de noter avec soin *les caractères de la menstruation.* Les douleurs réflexes d'origine génitale sont presque toujours exagérées durant les jours qui précèdent immédiatement les règles ; les paroxymes douloureux sont plus fréquents et plus aigus. Habituellement ces douleurs s'atténuent considérablement dès qu'apparaît le flux menstruel ; mais il n'est pas rare de les voir se prolonger durant la première journée, et même la deuxième. Quant aux irrégularités des périodes menstruelles elles-mêmes, et aux modifications dans la fréquence, l'abondance et la durée du flux sanguin, elles sont essentiellement variables suivant l'affection causale.

DIAGNOSTIC

Les névralgies des affections utéro-annexielles de la femme se présentent sous deux formes : névralgie lombo-abdominale et névralgie sacrée. La *névralgie lombo-abdominale* peut être confondue avec la plupart des affections abdominales ou lombaires s'accompagnant de douleurs vives : nous avons vu de fréquents exemples de ces confusions et nous en citerons plusieurs observations. Quant à la *névralgie sciatique*, nous n'insisterons pas sur son diagnostic différentiel habituellement facile, mais nous passerons en revue les différentes causes de sciatique, de manière à isoler les névralgies réflexes à point de départ génital.

I. — Névralgie lombo-abdominale

Le diagnostic est à faire avec les affections lombaires et abdominales suivantes :

1° *Douleurs musculaires et osseuses*

Les douleurs musculaires de la région lombaire désignées sous le nom de *lumbago* se distinguent de la névralgie lombo-abdominale par leur siège ordi-

nairement bilatéral, par leur délimitation et par l'absence d'irradiations vers les régions antéro-latérales de l'abdomen, par le fait qu'elles s'exaspèrent beaucoup moins par la pression que par les mouvements du tronc. Enfin, elles sont plus marquées dans la station verticale et se calment par le repos dans la décubitus horizontal.

Dans le *tour de rein* consécutif à une rupture de fibres musculaires, la douleur débute soudainement, après un violent effort, est unilatérale et plus limitée en un point.

Le *rhumatisme vertébral* de la colonne lombaire s'accompagne d'une douleur exaspérée par les mouvements, et bien limitée à la pression des apophyses épineuses.

2° *Grandes névralgies pelviennes*

Richelot range sous ce nom « des phénomènes douloureux graves, permanents ou rebelles, qui siègent dans l'utérus ou les ovaires et qui s'accompagnent d'un état névropathique ». L'examen par le palper et le toucher vaginal ne révèle aucune lésion apparente de l'utérus ou des annexes. Il s'agit le plus souvent de femmes neurasthéniques ou hystériques. Le diagnostic avec la névralgie lombo-abdominale sera faite grâce à l'absence des points douloureux caractéristiques.

3° *Affections rénales*

La névralgie lombo-abdominale peut en imposer pour une colique néphrétique, une néphrite aiguë, plus rarement pour de la tuberculose rénale ou un phlegmon périnéphrétique. Dans certains cas, en effet, les douleurs qui accompagnent ces affections ont, par leurs caractères et leur localisation, une grande analogie avec les douleurs lombo-abdominales.

Au point de vue de ses *caractères*, *la douleur des affections rénales* est, elle aussi, continue avec exacerbations paroxystiques. Quant à son *siège*, il est, dans les affections du rein, à la fois lombaire et abdominal, lombaire par suite de la situation du rein lui-même, abdominal en raison du trajet des uretères et des rapports qu'affecte la face postérieure du rein avec les branches collatérales du plexus lombaire, grand et petit abdomino-génital, fémoro-cutané (points mi-iliaque, anté-iliaque et inguinal). Cependant certaines *différences* peuvent apparaître à un examen méthodique : la douleur lombaire a, dans les affections rénales, un siège plus élevé, avoisinant la douzième côte (point costo-vertébral et point costo-musculaire de Bazy). Les trois points urétéraux (urétéral supérieur ou para-ombilical, urétéral moyen et urétéral inférieur ou vésico-vaginal) ont une situation bien spéciale. Par contre, on trouve presque constamment, dans la névralgie lombo-abdominale,

des points bien distincts : le point utérin et le point crural, avec irradiation le long de la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou.

Les *signes associés* à la douleur sont plus caractéristiques encore. Dans la névralgie lombo-abdominale, l'examen de l'utérus et des annexes fera voir diverses altérations. La *colique néphrétique* s'accompagne de phénomènes urinaires : urines rares, émises goutte à goutte, renfermant parfois des graviers ; il peut arriver cependant que les signes urinaires soient très peu marqués. La *néphrite aiguë*, en l'absence de commémoratifs nets ou d'œdèmes qui imposent le diagnostic, se caractérise par de l'oligurie et de l'albuminurie.

4° *Appendicite*

Il arrive assez souvent qu'une névralgie lombo-abdominale droite est prise pour une crise d'appendicite. En effet, les femmes atteintes d'affections génitales sont souvent des constipées chroniques, et peuvent d'autre part présenter des vomissements réflexes par atteinte sympathique du plexus cœliaque : or la constipation et les vomissements, joints aux douleurs localisées, forment le trépied caractéristique de l'appendicite. Au point de vue des signes locaux la confusion avec une appendicite aiguë sera aisée, si la cause de la névralgie lombo-abdominale est une salpingite droite, à siège un peu élevé, s'accompagnant d'une vive réaction péritonéale.

Comme nous l'avons vérifié dans un cas récent, la

présence d'une névralgie lombo-abdominale est un précieux élément de diagnostic entre la salpingite droite et l'appendicite basse : dans cette dernière affection, les irradiations douloureuses lombaire et crurale manquent généralement, de même que les points douloureux caractéristiques de la névralgie iléo-lombaire. Par contre, ces irradiations et ces points douloureux se rencontrent presque toujours dans l'infection aiguë des annexes.

5° *Péritonite*

Mauduit, J.-A. Fort, Boulinguez ont signalé de nombreux cas de névralgie lombo-abdominale qui avaient été étiquetés péritonites. Nous donnons, d'après le docteur Lévêque, une observation où la plupart des signes de la péritonite se trouvaient réunis, et où une intervention fut même jugée nécessaire. Il arrive parfois que la névralgie lombo-abdominale s'accompagne d'hypéresthésie extrême de la paroi et de troubles réflexes, tels que petitesse du pouls, vomissements, constipation opiniâtre, tous symptômes qui peuvent en imposer facilement pour une péritonite. La recherche systématique des points douloureux empêche de commettre cette erreur.

II. — Névralgie sacrée

1° *Diagnostic différentiel*

La sciatique est généralement facile à reconnaître en raison des caractères et de la localisation de la

douleur, de la présence du signe de Lassègue, etc... on peut cependant la confondre avec quelques affections :

a) *Douleurs musculaires.* — Parmi celles-ci, il faut signaler, comme pouvant simuler la sciatique, le *rhumatisme musculaire*, où les douleurs sont plus diffuses, non limitées au domaine du nerf sciatique, et localisées dans les masses musculaires elles-mêmes et la *courbature musculaire* des ménagères dans laquelle l'étiologie éclaire le diagnostic.

b) *Affections articulaires.* — Parmi les affections de *l'articulation coxo-fémorale*, l'arthrite sèche se distingue de la sciatique par les craquements localisés, la coxalgie par les caractères et le siège précis des douleurs.

Du côté de *l'articulation sacro-iliaque*, l'arthrite sèche et l'arthrite tuberculeuse peuvent induire en erreur ; mais l'examen attentif de l'articulation, la douleur réveillée par la pression latérale des épines iliaques, la radiographie éclairent le diagnostic.

c) *Coccygodynie.* — Les affections utérines intéressant le Douglas sont les causes les plus fréquentes des douleurs de la région péri-anale. Mais il faudra penser aux autres causes de la coccygodynie : *causes traumatiques*, telles que chute sur le siège, accouchement laborieux, application de forceps et *causes banales*, telles que le rhumatisme et les refroidissements.

2° *Diagnostic étiologique*

Avant de porter le diagnostic de névralgie réflexe, ayant son point de départ dans une altération de l'appareil génital, il importe de passer en revue les nombreuses causes pouvant provoquer la sciatique.

a) *Causes générales.* — La plupart des infections ou des intoxications générales peuvent causer la sciatique. Enumérons les plus fréquentes :

La *blennorragie*, comme l'a montré le professeur Fournier, est une cause fréquente de sciatique. Plusieurs des affections utéro-annexielles que nous avons signalées comme pouvant produire des névralgies réflexes, sont d'origine gonococcique. L'infection blennorragique causerait dans d'autres cas la névralgie par un mécanisme différent de la voie réflexe : soit par une localisation sur le nerf ou ses enveloppes, analogues aux localisations arthropathiques (Lordat-Jacob), soit par des lésions de méningo-myélites (Hayem, Spilmann, Barrié).

La *syphilis* est également une cause très importante de sciatique, soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire. La présence d'une sciatique à type radiculaire, le caractère nocturne des douleurs pourront faire suspecter cette étiologie, et l'on cherchera alors les stigmates de la syphilis.

La *tuberculose* peut atteindre le sciatique soit au niveau de son origine, dans certain cas de mal de Pott ou de pachyméningite ; soit au niveau de son trajet par névrite. Dans certaines sciatiques à type

intermittent, c'est le *paludisme* qui sera le plus souvent en cause. D'autres fois, on pourra rapporter la sciatique à une *maladie infectieuse aiguë*.

Enfin, la *goutte* peut créer une sciatique ayant des caractères de grande mobilité et fréquemment associée à des arthropathies. La sciatique *diabétique* est souvent bilatérale, s'accompagne d'autres névralgies et est favorablement influencée par le régime antidiabétique.

b) *Causes locales.* — Elles sont très diverses. Il peut s'agir de *traumatismes* par agents externes, piqûres, coupures, projectiles — ou de *compressions* lentes et prolongées, créant des sciatiques chroniques et progressivement croissantes, ou encore d'*irritations* congestives ou inflammatoires sur le trajet du nerf. Chez la femme, ce sont les compressions résultant d'affections diverses des organes génitaux qui sont le plus souvent en cause : on trouve assez facilement, à l'origine de la sciatique, une hématocèle rétro-utérine, un fibrome, un kyste de l'ovaire, un cancer de l'utérus ou une grossesse.

OBSERVATIONS

Il nous serait facile de multiplier les observations de névralgies réflexes symptomatiques d'affections utéro-annexielles. Nous avons voulu en choisir et en citer un petit nombre parmi les plus typiques, afin de montrer que la recherche systématique et minutieuse des points douloureux dans les affections génitales de la femme permet souvent d'éviter des erreurs ou de confirmer un diagnostic en suspens.

Observation I. — *Métrite aiguë.*

Marguerite M..., vingt-deux ans. Nullipare.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Salle Charité.

Commémoratifs. — Dernières règles normales le 9 décembre. Fausse couche le 26 janvier. Les métrorragies continuent, abondantes, jusqu'au 11 février, date de l'entrée à l'hôpital.

Symptomatologie. — *Leucorrhée* peu abondante. Petites *métrorragies. Douleurs spontanées,* continues, avec accès paroxystique apparaissant tous les jours à la même heure : vers dix heures, et durant jusqu'à midi. La malade localise ses douleurs dans les lombes, l'hypogastre et la cuisse droite (face antérieure).

Douleurs provoquées. — On trouve les *points douloureux suivants*, tous situés à droite : points lombaires supérieurs, mi-iliaque, anté-iliaque, crural, ovarien et utérin.

L'examen montre un utérus gros, douloureux, en antéversion ; le cul-de-sac droit est douloureux et un peu empâté. Le col est normal.

On porte le *diagnostic* de métrite aiguë post-abortum avec annexite droite.

La malade sort guérie après six semaines de traitement.

Nous avons relaté cette observation, banale, en raison de la *névralgie lombo-abdominale typique*, accompagnant une affection du corps de l'utérus et de l'ovaire droit.

Observation II. — *Métrite mixte du corps et du col de l'utérus, avec annexite double.*

Mme J..., quarante ans, domestique. Salle Charité.

Commémoratifs. — Puerpérale à vingt ans; depuis cette époque, règles très irrégulières, survenant trois ou quatre fois par mois et précédées, pendant trois jours, de vives douleurs abdominales et lombaires.

Premier séjour à l'hôpital pendant les mois de février et mars 1919, pour métrite hémorragique.

Vers novembre 1918, reprise des douleurs et des hémorragies. De plus, pertes blanches abondantes, tachant le linge. Les douleurs vont en s'aggravant, rendant la marche presque impossible, jusqu'au 7 février, date de l'entrée à l'hôpital.

Douleurs spontanées, sourdes, continues, avec élancements paroxystiques, localisées par la malade dans la partie inférieure des lombes, d'où elles s'irradient d'une part vers l'hypogastre, de l'autre vers la partie antéro-interne des deux cuisses, surtout de la droite.

Douleurs provoquées. — Points lombaires supérieurs et inférieurs. Point utérin et points ovariens, prédominant à droite. Les points mi-iliaque, inter-spinal, crural sont très nets à droite. Au milieu de la fesse droite, la pression détermine une vive douleur. Le signe de Lasègue existe.

Examen. — Col gros, mobile, dépoli et même ulcéré autour de l'orifice. Corps gros, rétrofléchi ; 8 centimètres à l'hystéromètre. Deux culs-de-sac latéraux empâtés et douloureux, surtout le cul-de-sac droit.

Cette observation montre un cas de *névralgie mixte*, répondant à une affection complexe, dans laquelle le col de l'utérus, le corps et les annexes sont inégalement intéressés. Le

peu d'intensié des douleurs sciatiques semble indiquer que la métrite du col est peu importante.

Observation III. — *Endométrite et rétroflexion.*

Mlle Germaine P..., trente ans. Salle Escande.

Commémoratifs. — Réglée à quatorze ans et demi. Depuis sa formation, règles régulières, mais toujours douloureuses. Depuis trois mois environ, pertes blanches tachant le linge ; au début, phénomènes de cystite. Les douleurs augmentent jusqu'à l'entrée à l'hôpital, le 27 août 1919.

Douleurs spontanées. — A peu près continues, avec crises paroxystiques tous les deux jours. Les douleurs s'exaspèrent à l'approche des époques, et sont surtout intenses le premier jour des règles. La malade les localise dans la région lombaire, l'hypogastre et la partie antérieure de la cuisse. *Leucorrhée* peu abondante. *Constipation* opiniâtre.

Douleurs provoquées. — Points lombaire, mi-iliaque, utérin, crural : en somme névralgie lombo-abdominale typique.

Examen. — *Col* normal, non déplacé. *Corps* rétrofléchi a angle droit et fixé dans cette position, 8 centimètres à l'hystéromètre.

L'existence d'une névralgie lombo-abdominale depuis trois mois fait porter le *diagnostic* d'endométrite aiguë du corps de l'utérus chez une femme atteinte de rétroflexion ancienne. Au point de vue *traitement*, il semble indiquer de soigner l'affection aiguë de manière à supprimer les douleurs et à restituer à la malade son état antérieur qui était très supportable. Traitement médical, puis dilatation aux laminaires et curettage. La malade sort guérie le 25 octobre.

Observation IV. — *Infection puerpérale.*

Mme G..., trente-cinq ans. Salle Charité.

Commémoratifs. — Accouchée le 6 octobre 1919. Suites normales. Lever au dixième jour. Le 18 octobre, rapports conjugaux, dans lesquels il faut probablement chercher la cause des accidents (infection balistique). Le 19 octobre, grands frissons, céphalée, sueurs ; phénomènes vésicaux :

envies fréquentes d'uriner, dysurie, oligurie. Fièvres oscillant entre 39 et 40 degrés. Vomissement, une seule fois. Constipation. La malade entre le 23 octobre 1919.

Discussion. — Les médecins qui ont vu la malade ont pensé tantôt à une *appendicite*, tantôt à une *pyélonéphrite* ou à un *phlegmon périnéphrétique*. En scrutant minutieusement les points douloureux, l'on s'aperçoit qu'il s'agit plus probablement d'une *affection génitale :* On trouve les points lombaires, supérieurs et inférieurs, le point anté-iliaque, le point crural et le point utérin, ainsi que le point vulvaire. Les douleurs s'irradient dans les cuisses.

On élimine le diagnostic d'appendicite, en raison de l'absence de tout point douloureux appendiculaire (Mac-Burney, Morriss, Lanz), et celui d'affection rénale, à cause de la présence des points anté-iliaque, crural, utérin et de l'absence des points urétéraux. Il s'agit vraisemblablement d'infection puerpérale atténuée.

L'évolution a confirmé ce diagnostic : signes d'infection générale, sans localisation précise ; poussées successives, de moins en moins violentes, terminées par des crises sudorale et urinaire. La malade sort *guérie* le 23 novembre 1919.

Dans cette observation, la recherche du siège précis des douleurs spontanées et provoquées a permis de faire présumer le diagnostic que les commémoratifs, les signes associés et l'évolution ont confirmé.

Observation V. — *Appendicite.*

Mme X..., trente-trois ans. Salle Escande.

Commémoratifs. — Accouchement laborieux le 8 février 1920. Déchirure du périné. Cinq jours après, poussée fébrile ne durant que vingt-quatre heures. Le 21 février, grand frisson, violente douleur abdominale à droite ; vomissements, constipation depuis deux jours.

Entrée à l'hôpital, le soir même, avec diagnostic de *salpingite et pelvi-péritonite droites post-partum.*

Discussion. — La *douleur* est nettement localisée à la fosse iliaque droite ; on trouve le point de Mac-Burney, situé

un peu bas il est vrai. *Il n'y a aucun des caractères ni des points douloureux de la névralgie lombo-abdominale*, ce qui peut faire supposer qu'il ne s'agit pas d'une affection annexielle.

L'examen confirme cette présomption ; on trouve un gâteau dur, assez bien limité, au niveau de la fosse iliaque. Au toucher vaginal, le cul-de-sac latéral droit est très peu empâté et peu douloureux.

Une nouvelle poussée se produit le 1er mars et les jours suivants ; l'empâtement et les douleurs sont toujours limités au niveau du point de Mac-Burney et au-dessous.

L'absence de névralgie lombo-abdominale tendait à faire exclure le diagnostic de salpingite malgré les commémoratifs, et faisait supposer l'existence d'une appendicite basse, ce qui fut confirmé par l'examen.

Observation IV. — *Hématocèle rétro-utérine.*

Mme X..., trente-cinq ans. Salle Escande.

Commémoratifs. — Réglée à quatorze ans. Pas de dysménorrhée. Avortement en 1916. Dernières règles normales le 10 août 1919. Métrorragies abondantes à partir du 15 septembre. Le 6 octobre, état subitement aggravé, vomissements. Le 10, légère défaillance (non précédée d'une vive douleur dans le ventre). Entrée à l'hôpital le 11 octobre.

Les *douleurs* spontanées sont vives et vont en augmentant. Elles sont localisées dans la région inférieure de l'abdomen, le mollet *et surtout la région anale :* la malade se plaint d'élancements incessants dans cette région. Pas de douleur lombaire.

La *constipation* est opiniâtre (pas de selles depuis cinq jours) ; il y a également de la *rétention d'urine.* Anémie marquée. Pas de fièvre.

Au *palper abdominal*, on sent une induration arrondie et douloureuse dans la région ovarienne gauche ; cette tuméfaction, très superficielle, se prolonge vers la gauche.

Au *toucher :* col dévié vers la droite. Grosse tuméfaction

dans le cul-de-sac gauche et le Douglas. La pression sur cette masse détermine une vive *douleur anale*.

L'opération est décidée dans la soirée, à la suite d'une nouvelle défaillance. On trouve un abondant épanchement sanguin libre dans l'abdomen, et la trompe gauche rompue.

La malade sort *guérie* le 3 novembre.

Névralgie sacrée, avec prédominance des douleurs dans la région anale, accompagnant une rupture de grossesse tubaire. Les douleurs augmentent avec l'épanchement.

Observation VII. — *Ovarite scléro-kystique* (due à l'obligeance du Dr Lévêque).

Mme C..., quarante-et-un ans. Salle Escande.

A l'âge de dix-neuf ans, est prise pour la première fois de *douleurs intolérables*, localisées dans la région lombaire droite, et s'irradiant vers la partie inférieure de l'abdomen et la cuisse droite. Ces douleurs sont continues avec accès paroxystiques, et rendent tout travail impossible à la malade.

En 1899, en raison de l'hypéresthésie abdominale, du ballonnement du ventre et de certains troubles réflexes, tels que les vomissements et la constipation, on fait le diagnostic de *péritonite, et une intervention est décidée. On ne trouve rien d'anormal;* cependant, l'appendice qui se présente, est enlevé.

Légère amélioration à la suite de la laparotomie, mais les douleurs de *névralgie lombo-abdominale* reprennent bientôt, plus violentes que jamais. Tous les traitements symptomatiques échouent, et la malade impropre, à tout travail, est le plus souvent confinée au lit.

Entrée à l'hôpital de Saint-Germain en février 1905. On constate chez elle une névralgie lombo-abdominale typique. Les culs-de-sacs latéraux sont légèrement douloureux. En mai, on pratique une *ovariectomie double*, et l'on constate la présence *d'ovaires scléro-kystiques*.

L'amélioration après l'opération fut immédiate, et, depuis

cette époque, la malade put se livrer à peu près normalement à ses occupations fatigantes.

Observation VIII. — *Métrite cervicale avec ectropion* (Dr Lévêque).

Mme Louise M..., salle Galatée.

Souffrait *depuis 1907* de vives *douleurs sciatiques*, rendant la vie absolument intenable et empêchant, d'une façon permanente, la malade de se livrer à ses occupations de domestiques. De nombreux traitements sont essayés sans succès.

En juillet 1909, le Dr Lévêque, cherchant la cause de la névralgie sciatique, examine les organes génitaux (aucun trouble n'attirait l'attention de ce côté). Il découvre *un col utérin très gros, avec lèvre postérieure ectropionnée.*

Opération le 23 juillet 1909. — Curettage, amputation du col par le procédé de Schrœder.

L'amélioration fut immédiate, puis les douleurs allèrent en s'atténuant jusqu'à *disparaître complètement* deux ans après l'opération (temps nécessaire à la régénération nerveuse). La malade avait depuis longtemps repris ses occupations de domestique, occupations qu'elle n'a pas interrompues jusqu'à maintenant.

Observation IX. — *Endométrite glandulaire avec ectropion* (Dr Lévêque).

Mme Louise G... trente-six ans, Salle Escande.

Cette malade souffrait, longtemps avant son entrée à l'hôpital (le 8 juin 1912), de *douleurs lombo-abdominales et surtout de névralgie sciatique.* Cette névralgie, localisée à droite, est exaspérée par la fatigue et par l'approche des règles ; elle l'empêche souvent de travailler et même de marcher.

Leucorrhée peu abondante; pas de métrorragie.

A l'examen, l'utérus semble dévié vers la gauche; la trompe droite est sensible ; le col gros et violacé, est ectropionné.

Cette malade était envoyée à l'hôpital pour *appendicite.*

Opération le 12 juin : curettage, amputation du col (*Schrœder*).

La malade *sort guérie le 15 juillet*, et a repris depuis ses pénibles occupations de servante de ferme.

CONCLUSIONS

1° La plupart des affections, aiguës ou chroniques de l'utérus et des annexes s'accompagnent de névralgies réflexes, caractérisées par des *douleurs spontanées*, analogues à celles des autres névralgies, et par un certain nombre de *points douloureux fixes*, que l'on découvre par une palpation méthodique.

2° La *topographie des douleurs* diffère suivant l'organe intéressé :

a) Les affections du corps de l'utérus, des ovaires et des trompes s'accompagnent de *névralgie lombo-abdominale*.

b) Les affections du col de la matrice, de la partie postéro-supérieure du vagin, et du cul-de-sac de Douglas entraînent fréquemment une *névralgie sacrée*. L'hématocèle rétro-utérine s'accompagne avec prédilection de douleurs très vives dans la région anale.

3° L'étude des douleurs spontanées et la recherche systématique des points douloureux provoqués peuvent aider puissamment à *distinguer les affections utéro-annexielles des autres affections abdominales douloureuses*.

4° La connaissance des névralgies réflexes permet de rapporter à leur véritable cause et donc de *trai-*

ter efficacement certaines douleurs lombo-abdominales ou sciatiques, remarquables par leur durée et leur résistance au traitement symptomatique, et qui sont liées à une altération souvent minime de l'utérus ou des annexes.

Le Président de la thèse,
J.-L. FAURE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
ILLISIBLE